UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 22

FACULTE DE MÉDECINE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA

DÉVELOPPÉ

SUR CICATRICE DE BRULURE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Janvier 1910

PAR

Henri SCAGLIOLA

Né à Chablis Yonne, le 15 février 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
JEANBREAU, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

DE L'ÉPITHÉLIOMA

DÉVELOPPÉ

SUR CICATRICE DE BRULURE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 22**

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA

DÉVELOPPÉ

SUR CICATRICE DE BRULURE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Janvier 1910

ACAD. MED. BAT. BIBL.

PAR

Henri SCAGLIOLA

Né à Chablis (Yonne), le 15 février 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE Et SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET ( ). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✲)
Cliniquemédicale	CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.	MAIRET (✲)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✲).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants . . .	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT ED.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.* | JEANBRAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma vive reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE

Gage de mon affection.

A MES SŒURS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

H. SCAGLIOLA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

H. SCAGLIOLA.

AVANT-PROPOS

Nous ne sommes pas de ceux qui, au sortir de la vie d'étudiant, se répandent en longs regrets. Certainement, l'on peut trouver à cette vie des charmes infinis, mais il faut une fin à toute chose, aussi agréable soit-elle.

Il nous est pourtant une douce obligation : c'est de remercier notre père et notre mère si bonne, dont l'affection et les sacrifices nous ont fait une existence exempte de soucis et de peines ; nos Maîtres de Marseille, qui ne nous ménagèrent jamais les conseils éclairés ; les éminents professeurs de la Faculté de Montpellier. Nous dirons tout spécialement merci à MM. les docteurs Jeanbrau et Riche, professeurs agrégés, auprès desquels nous avons toujours trouvé une sollicitude bienveillante.

M. le professeur Forgue, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, voudra bien accepter l'hommage de notre vive gratitude.

Nous n'oublierons jamais que M. le professeur Estor fut, à Montpellier, notre premier maître et notre premier juge.

Tous nos regrets vont aussi à nos amis. A ceux d'abord avec lesquels nous avons vécu pendant trois ans, à l'in-

Nous pensons qu'il est préférable de restreindre notre travail à l'étude des épithéliomas développés sur cicatrices et, parmi ceux-ci, à se borner à ceux, très nombreux, développés sur les cicatrices de brûlures.

Nous laisserons de côté les épithéliomas développés sur cicatrices de lupus, complication très fréquente, sur celles d'ostéomyélite, etc.

HISTORIQUE

Le premier mémoire sur le sujet remonte à 1834. L'auteur est Hawkins qui fit paraître, dans le *London Medical Gazette*, une communication intitulée : « An warty tumors in cicatrices ».

Il désigne sous le nom de tumeurs verruqueuses des cicatrices, cette affection et la considère comme une maladie maligne localement. Inutile d'ajouter que cette dénomination est impropre, car il n'existe aucune analogie anatomique entre une verrue et les tumeurs qu'a décrites Hawkins.

Si nous lisons, en effet, sa description, on voit qu'elle renferme beaucoup de caractères propres au cancroïde.

Le début, l'aspect de la tumeur, sa marche progressive et sa terminaison fatale, font qu'on peut la regarder comme une tumeur maligne.

La dégénérescence en épithéliomas des cicatrices dans les cas d'Hawkins n'apparut qu'au bout de 11, 16, 19, 20 et 27 ans.

En 1839, Dupuytren, dans ses Leçons orales de clinique chirurgicale, dans le chapitre concernant les maladies des cicatrices, dit que leur gonflement peut, à la suite de tiraillements rtpétés, dégénérer en cancer au déclin de la vie. Il conseille dans ce cas d'enlever la cicatrice quand cela est possible, et quand le mal est trop étendu, d'amputer le

membre. « C'est ainsi, dit-il, qu'il y a quelques années, je fus obligé de pratiquer l'amputation de la jambe à un habitant de la Belgique pour un vaste cancer qui lui était survenu sur la cicatrice d'une brûlure profonde faite dans son jeune âge par de l'acide sulfurique répandu sur l'articulation du pied avec la jambe, le pied et la partie inférieure de la jambe. Cet individu avait pourtant passé sa jeunesse et son âge mûr sans aucune espèce d'accident. Le cancer ne se déclara sur la cicatrice actuellement tiraillée qu'aux approches de la vieillesse. »

Ce cas est suivi, dans l'ouvrage de Dupuytren, d'un cas absolument identique. La malade, âgée, avait été brûlée dans son enfance et les cicatrices nombreuses, difformes, raides, unissaient l'avant-bras à la main au-devant du poignet dont les mouvements étaient difficiles et gênés.

Peut-on trouver deux faits plus démonstratifs au point de vue étiologique et pathogénique ? Les brûlures avaient été graves, très étendues dans le premier cas, difformes dans le second ; ces cicatrices anciennes, tiraillées par les mouvements des articulations voisines, se déchirent, s'ulcèrent et deviennent le point de départ d'un épithélioma. Chez les deux sujets, l'épithélioma est survenu à un âge avancé. Mais ce caractère peut n'être pas constant.

En 1841, Hawkins, toujours dans le *London Medical Gazette*, fait une leçon clinique sur le cancer des cicatrices de brûlure et il décrit plusieurs cas qui se sont présentés à lui depuis sa première publication et les divers traitements qu'il a dû leur appliquer. Il reconnaît alors le caractère malin de ce cancer des cicatrices. « Il ressemble, dit-il, au cancer de la peau avec toutefois moins de gravité ; le lieu où il se produit présentant une vitalité moindre que la peau saine explique la lenteur de sa marche, son

peu de tendance à provoquer la dégénérescence ganglionnaire. On peut en espérer la guérison à la condition d'enlever toutes les parties malades. » Comme traitement, il vante le chlorure de zinc comme caustique et, en dernier ressort, l'amputation.

En 1844, un médecin de l'armée des Indes, John Macpherson, qui désigne comme Hawkins l'affection sous le nom de *tumeurs verruqueuses*, dit avoir observé l'épithélioma chez les habitants du Bengale. Il apparaîtrait sur les cicatrices de brûlures et sur les cicatrices de cautérisation au fer rouge pratiquées pour faire disparaître les tuméfactions de la rate d'origine palustre.

Boyer, dans le chapitre Cancer de son *Traité des maladies chirurgicales*, rapporte le cas d'un cancer développé sur cicatrice d'une blessure par arme à feu. Wernher, en 1848, en rapporte un autre cas sur cicatrice de brûlure. La même année, Follin publie son étude sur les végétations des cicatrices et des ulcères. Il établit deux variétés bien distinctes de végétations des cicatrices : les tumeurs fibreuses et les tumeurs locales malignes produites par une hypertrophie des tissus cutanés sur lesquels repose la cicatrice. En 1850, nous trouvons des communications de Robert Smith. En 1853, la dissertation inaugurale de Pedraglia, présentée à la Faculté de Giessen.

En 1854, Velpeau, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 26 août, publie l'observation suivante. Un malade avait été amputé de l'avant-bras pour un cancroïde développé sur la cicatrisation d'une ancienne brûlure. La cicatrice du moignon était parfaitement consolidée depuis longtemps quand elle fut envahie à son tour par une ulcération identique à celle qui était apparue jadis sur la cicatrice de brûlure de la main.

Viennent ensuite les observations de Berlet, Adelmann et Flower.

Broca, au tome I de son *Traité des Tumeurs,* dit qu'il a vu se développer une fois sur une « petite » cicatrice de brûlure, un ulcère rongeant dans la région temporale. Il rapporte deux faits, dont l'un détaillé, dans lesquels la tumeur était née sur des cicatrices de brûlure à la jambe.

L'un d'eux a nécessité une amputation et la pièce fut présentée à la séance de la Société de Chirurgie du 5 novembre 1862.

La thèse de Clément, soutenue à Strasbourg en 1868, nous relate les observations d'épithéliomas développés sur des cicatrices de cautères. A la même époque, Rüdnow étudie et distingue les chéloïdes simples des chéloïdes qui peuvent être compliqués d'épithélioma et qui sont alors des cancroïdes. « L'épithélioma peut être infiltré dans le tissu de la chéloïde ou s'étendre à son intérieur en formant des boyaux d'enfoncement dont la membrane propre le sépare alors du tissu fibreux de celle-ci. »

Hulke communique ensuite deux cas d'épithéliomas développés sur anciennes cicatrices de brûlures graves. En 1873, dans une leçon clinique ultérieure, étudiant les conditions qui influent sur le développement de l'épithélioma, il rappelle ses deux observations dans lesquelles les plaies avaient demandé trois ans pour cicatriser et qui montrent que le néoplasme était apparu sur une cicatrice *irritable* (cicatrices tiraillées et déchirées). La cicatrice, dit-il, a été la cause prédsposante : la cause déterminante a été l'irritation mécanique de celle-ci. La thèse de Dubuclet renferme un cas d'épithélioma sur cicatrice de brûlure traitée avec succès par Verneuil par la cautérisation avec la pâte de Vienne.

Marcuse, en 1877, pratique un grattage à la curette sur un épithélioma développé sur une cicatrice ancienne de brûlure, qui avait été déchirée antérieurement. La tumeur ayant récidivé, il en fit l'ablation au bistouri, mais une seconde récidive se produisit et le professeur Lucke dut pratiquer l'ablation de la cuisse. Marcuse attribue le développement de la tumeur sur la cicatrice qu'occupait la face antérieure de la cuisse, aux tiraillements produits sur elle par les mouvements de l'articulation du genou pendant la marche et la flexion de la jambe dans la station assise.

Heurteaux, dans le *Bulletin de la Société anatomique de Nantes*, communique plusieurs cas de cancroïdes développés sur cicatrices de brûlure. Un surtout est digne pour nous de remarque. Le malade avait été brûlé aux deux mains et sur chacune des cicatrices s'était développé un épithélioma. Nous n'avons pu malheureusement trouver qu'une mention de cette observation d'Heurteaux.

Crouzet, dont la thèse est consacrée à l'étude de la pathologie des cicatrices, nous apporte un cas nouveau et probant observé en 1878, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Pean. Un malade ayant été brûlé, la cicatrisation de la brûlure aurait demandé huit ans et, circonstance pathogénique bizarre, l'ulcération de la cicatrice fut due à des pustules varioliques développées sur le tissu inodulaire qui donnèrent lieu à des croûtes que le malade arracha. Les ulcérations ainsi produites devinrent le point de départ d'une prolifération épithéliale.

En 1882, Bœgehold étudie le développement des tumeurs malignes des cicatrices et après avoir passé en revue les nombreuses observations à ce sujet, publie deux nouvelles observations de tumeurs greffées sur cicatrices de brûlures.

En 1883, Lawson fait une communication pour deux

nouveaux cas de ces épithéliomas. Dans leur mémoire sur les *Cancroïdes de la peau,* Blum et Mathias Duval font remarquer, en parlant des épithéliomas de la main, que la grande majorité de ces tumeurs se développe sur tissu de cicatrices et particulièrement de brûlures.

En 1899, Verdelet, dans le *Journal de Médecine* de Bordeaux, signale deux cas d'épithélioma développés sur cicatrices de brûlures.

En 1902, Feldmann, dans sa thèse présentée à Würzbourg, nous rapporte un cas de tumeur maligne greffée sur cicatrice de brûlure, mais ne nous montre qu'un cas semblable à beaucoup d'autres.

Les traités classiques que nous avons consultés se montrent assez pauvres de renseignements nouveaux sur la question des épithéliomas greffés sur cicatrices de brûlures.

Wirchow enfin, dans son Traité de la Pathologie des tumeurs, s'exprime de la façon suivante : « Il se développe plus tard, dit-il, des tumeurs dans les points qui ont été antérieurement le siège d'une maladie de l'individu. Ainsi, il est bien établi que les cicatrices sont, dans certaines circonstances, le point de départ positif de développement des tumeurs. Mais une cicatrice consiste en un tissu qui généralement est formé incomplètement ; en effet, elle ne se reproduit pas d'ordinaire dans sa structure parfaite, la disposition type de la partie. C'est donc un cas bien distinct où l'imperfection du tissu existant devient la cause du développement d'une tumeur. »

ETIOLOGIE. PATHOGENIE

Ce chapitre comprend l'étude qui nous a paru particulièrement intéressante, à savoir, qu'elles sont les conditions qui favorisent ou provoquent le développement d'une tumeur maligne sur une cicatrice de brûlure. Il se compose de plusieurs éléments différents pour lesquels nous avons établi des tableaux distincts.

Sexe. — La plupart des observateurs admettent que les néoplasies malignes en général sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Néanmoins, les statistiques les plus récentes de de Bovis mettent en doute la réalité de cette prédominance du cancer dans le sexe féminin. Dans le cas de tumeur qui nous occupe, il semble que l'affection devrait être prédominante dans le sexe masculin, les hommes paraissant plus exposés que les femmes, par suite de leurs professions, aux lésions traumatiques et aux brûlures.

En consultant nos observations, on peut constater qu'il n'en est rien et que ce cancroïde est aussi fréquent dans les deux sexes.

Age. — L'âge est certainement un des facteurs les plus importants dans le développement des cancers. La majorité des cas qui nous occupent s'observe au-dessus de 40 ans. D'autre part, la tumeur ne s'est greffée sur la cica-

trice en moyenne que de 10 à 60 ans après sa formation. Au-dessus de ce dernier chiffre, sa fréquence diminue beaucoup, fait qui s'explique aisément. Donc, une première conclusion étiologique s'impose, semble-t-il, comme essentielle, sinon indispensable. Les épithéliomas ne se greffent que sur de *vieilles* cicatrices (observations 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

C'est, en effet, de beaucoup ce qui se produit le plus souvent. Néanmoins, on peut observer et nous citerons une observation d'un cas où la cicatrice est relativement récente (observation numéro 2). Dans l'observation que nous citerons, il s'agit d'un cautère dont la suppuration avait été entretenue pendant 47 ans. Six mois après sa cicatrisation, un épithélioma apparaissait. Cet exemple justifiera notre deuxième conclusion, à savoir que lorsque l'épithélioma survient de bonne heure, six mois ou un an après une cicatrice, celle-ci est une cicatrice vicieuse consécutive à une plaie ayant suppuré de longues années. Le travail de cicatrisation lent et difficile, retardé dans sa marche, subit des alternatives de progrès et de régression. La cicatrice ainsi produite est mince, molle, à surface rouge et vasculaire, facile à déchirer, et conserve même parfois des points à kératinisation épidermique incomplète. C'est ce qui se produit dans les brûlures étendues à cicatrisation interminable.

Cicatrice. — On conçoit facilement que les chances de dégénérescence épithéliale du tissu inodulaire, augmenteront avec la surface de celui-ci, d'où le fait que cette dégénérescence se montre surtout sur les cicatrices d'une certaine étendue. De toutes les cicatrices, celles de brûlures sont prédisposées à être envahies par les épithéliomas. Certaines conditions étiologiques nous paraissent favori-

ser cet envahissement. Sur à peu près toutes les observations d'épithéliomas sur cicatrices de brûlures, il s'agissait de brûlures graves, étendues ou profondes, ayant réclamé fort longtemps pour se cicatriser (obs. I), Nombre d'entre elles, mal surveillées pendant le travail de réparation, avaient produit des cicatrices irrégulières, difformes, saillantes avec brides.

Néanmoins, l'étendue de la cicatrice n'est pas toujours une condition indispensable à la dégénérescence cancroïdale de celle-ci. Une cicatrice quelconque même minime y est exposée. Broca constate le fait dans une de ses observations.

Siège. — Toutes les régions peuvent être le siège d'un épithélioma, mais il survient plus fréquemment sur la face et les membres. Ceux-ci étant d'ailleurs plus spécialement exposés aux traumatismes, la cause de cette fréquence s'explique facilement.

Toute cicatrice de brûlure, quelle que soit sa situation, est soumise sous l'influence de certaines conditions au danger de la dégénérescence épithéliale. Celle-ci peut survenir simultanément ou après un temps variable sur plusieurs cicatrices de brûlure lorsqu'il en existe sur différents points du corps. Nous avons cité à ce sujet l'observation de Heurteaux concernant un sujet porteur de deux épithéliomas aux deux mains, greffés sur deux cicatrices de brûlures.

Examinons un peu la valeur pathogénique de ces conditions.

Très facilement démontrables sont dans la pathogénie des épithéliomas des cicatrices de brûlures, les causes locales traumatiques et irritatives. En général, c'étaient là des causes généralement acceptées des anciens, qui dis-

tinguaient mal les tuméfactions, les épanchements de sang ou d'humeurs, immédiatement consécutives aux traumatismes des véritables tumeurs ; acceptées toujours dans les idées populaires qui, le plus souvent, ne font que continuer les traditions scientifiques des âges précédents ; mais ces idées ont été en partie laissées de côté à mesure que nos connaissances de la structure des tumeurs se perfectionnaient, qu'on apprenait à mieux distinguer entre les conséquences de ces diverses actions traumatiques, et la complexité des néoplasmes parut alors hors de proportion avec les causes si simples invoquées pour leur production.

On y revient aujourd'hui. « Ohne Trauma Kein Tumor ». Sans trauma, pas de tumeur, dit Herzfeld, en donnant au mot trauma son sens le plus large.

C'est qu'en effet, les traumatismes passagers ou répétés, les irritations ou inflammations chroniques, sont des causes puissantes de prolifération cellulaire et que celle-ci constitue justement le substratum anatomique de la tumeur cancéreuse.

Nous voulons parler surtout des irritations chroniques des cicatrices de brûlures dans l'étiologie des néoplasies apparaissant sur elles. Nous avons vu dans les observations publiées d'abord la cicatrice ulcérée, soit par le grattage, soit par le contact irritant des vêtements. Une autre observation (obs. III) nous montre la cicatrice déchirée à deux reprises différentes et à 2 ans d'intervalle par des coups de marteau. Ces déchirures ne s'étaient réparées que très lentement. Une autre observation (obs. IV), nous montre une de ces cicatrices de brûlures difformes dont nous parlions tout à l'heure. Les mouvements d'extension de l'avant-bras causaient la formation au-devant du pli du coude d'une bride saillante et tendue. C'est à la suite

de ces tiraillements continuels que cette bandelette cicatricielle s'ulcéra et, la même cause persistant, devient le lieu de développement du cancroïde. Ces tiraillements continus des cicatrices, nous les retrouvons dans quelques observations.

Dans les observations de Dupuytren, que nous avons mentionnées au commencement de cet ouvrage, la cicatrice de brûlure était exposée, par le fait de sa situation, à des tiraillements produits par la marche et le jeu des articulations voisines. La deuxième était une cicatrice difforme. Dans les faits dus à Hulke, Marcuse, Bœgehold, le développement de l'épithélioma était précédé de l'irritation ou de la déchirure des cicatrices de brûlure. Nous avons mentionné ces faits dans l'historique de la question.

Nous reproduisons dans nos observations un fait publié par Monod dans le Bulletin de la Société anatomique. Le malade s'était gravement brûlé à l'âge de 4 ans, au cou, au bras droit, à l'avant-bras droit et à la main. Les cicatrices étaient très profondes. Au bout de 44 ans, il vit survenir sur cette ancienne cicatrice à la face palmaire du pouce une ulcération. Cette ulcération était due aux froissements continuels de la cicatrice par les anneaux des gros ciseaux de tailleur que son métier l'obligeait à manier constamment. En terminant, rappelons le fait de Crouzet déjà mentionné. Une malade de Pean s'était gravement brûlée à la face et à la cuisse droite à l'âge de 6 ans, à la suite d'une chute sur les charbons ardents. Au dire de la malade, la cicatrisation aurait demandé huit ans. Quatre ans avant son entrée à l'hôpital, la malade eut la variole et le tissu cicatriciel fut ulcéré par des pustules. Ces ulcérations s'étendirent, se réunirent en surface et se transformèrent en épithélioma.

Nous pouvons réunir sous la dénomination *d'irritation locale continue,* toutes les causes qui précèdent : tiraillements, ruptures, déchirures, éraillures, frottements, chocs qui concourent tous au même but : destruction de la cohésion du tissu cicatriciel et ulcération. Celle-ci est naturellement favorisée par certaines circonstances : situation de la cicatrice à la face externe des membres, au voisinage d'une articulation, cas très fréquent, etc.

Une des influences les plus généralement admises dans le développement des néoplasies malignes est l'hérédité, et on trouve partout des exemples de familles cancéreuses. Cette hérédité ne se montre directement que dans un nombre très restreint de cas. Néanmoins, rien n'est plus rationnel que d'admettre une influence héréditaire dans le développement des cancers ; n'y a-t-il pas également une prédisposition héréditaire aux maladies infectieuses, à l'hémorragie cérébrale ou aux vices de conformation, toutes formes morbides de pathogénie dissemblables.

La transmission directe et immédiate n'est appuyée que d'observations anciennes et à peu près sans valeur. On explique maintenant l'hérédité cancéreuse par la transmission d'un état général, l'arthritisme. Ce qui est transmis, ce n'est pas le cancer lui-même, c'est la prédisposition au cancer. Dans le cas particulier qui nous occupe d'épithéliomas greffés sur cicatrices de brûlures, n'est-il pas logique d'admettre que c'est dans la cicatrice elle-même, en vertu d'une propriété particulière, inhérente au tissu inodulaire, qu'il faut chercher l'origine de sa dégénérescence épithéliale et que la cause déterminante de celle-ci doit être attribuée aux irritations locales extérieures auxquelles elle peut se trouver soumise ? Que l'on accorde une part à l'arthritisme, à la diathèse cancéreuse, et si demain il est démontré que le cancer est d'origine para-

sitaire, on l'assimilera à toute maladie infectieuse atteignant des sujets prédisposés sur des cicatrices, *loci minoris resistentiæ*, qui sont plus que toute autre région le siège de prédilection des cancroïdes.

De toutes nos observations, il n'y en a qu'une où l'on trouve de l'hérédité cancéreuse : ce qui fait une proportion de 10 p. 100.

La longue durée de l'inflammation chronique précédant l'évolution de ces néoplasmes qui se retrouve dans tous les cas et paraît être ainsi une des conditions nécessaires, est pourtant peu en faveur d'une origine infectieuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tout cancer épithélial se compose d'une masse cellulaire en prolifération active, qui est la partie active de la néoplasie : c'est le parenchyme, et d'une trame conjonctivo-vasculaire qui soutient et nourrit le parenchyme : c'est le stroma. De leur union résulte un tissu complexe, organoïde dont, comme on le voit, toutes les parties n'ont pas la même valeur.

L'épithélioma des cicatrices de brûlures est un épithélioma pavimenteux. Non encore ulcéré, cet épithélioma montre sur les coupes aux faibles grossissements une texture correspondant nettement aux altérations pré cancéreuses. Il envoie dans la profondeur du derme des prolongements irréguliers souvent ramifiés. Et au sein même des couches épithéliales épaissies et des bourgeons pénétrés dans la profondeur apparaissent des cellules cornées agglomérées en globes épidermiques. Phase initiale et transitoire dans un grand nombre de cas, cette forme de lésions se retrouve au contraire facilement dans les cancers où la muqueuse a subi une altération préalable portant sur de grandes surfaces. Le plus souvent, au moment de l'observation, il est difficile de retrouver la disposition initiale des lésions et la tumeur se présente sous forme de masses cellulaires pleines, arrondies, bourgeonnantes, poussant des prolongements dans les interstices conjonctifs tout en formant un tissu cohérent et friable.

Mais la prolifération épithéliale n'est pas tout dans un épithélioma. Une condition qui fait varier l'évolution d'une tumeur épithéliale est la réaction du tissu conjonctif vis-à-vis du néoplasme. On trouve parfois entre les lobules épithéliaux des faisceaux de tissu conjonctif simplement écartés par les éléments de la tumeur. D'autres fois, le stroma conjonctif présente les caractères d'une inflammation très intense et se montre infiltré de cellules épithéliales.

Lorsque l'ulcération de la tumeur survient, elle est due d'une part à la nutrition imparfaite de ces éléments épithéliaux accumulés auxquels n'arrive plus qu'un plasma insuffisant, d'autre part aux lésions du tissu conjonctif, et particulièrement aux oblitérations vasculaires qui peuvent se produire dans celui-ci. Il en résulte une mortification de celui-ci et une désagrégation des cellules épithéliales.

Voici la structure de l'épithélioma. Dans notre cas particulier, il nous faut aussi étudier le terrain sur lequel il va évoluer. Etudions donc la structure de l'épithélium d'une cicatrice de brûlure et voyons si quelque chose peut nous expliquer la fréquence de sa dégénérescence épithéliale. Cet épithélium, quand la cicatrice résulte, comme dans les brûlures graves, de la destruction complète du tégument externe, est anormal à plusieurs égards. Quand on examine sur des coupes ce revêtement épithélial, on le trouve plus mince que celui de la peau saine. Les bourgeons interpapillaires font défaut, car les papilles elles-mêmes ne se sont pas reproduites. Au lieu de la disposition en festons réguliers qui se rencontre normalement à la limite du derme et de l'épiderme, on constate, dans le cas présent, que cette limite est formée par une ligne droite a peine sinueuse, interrompue parfois, et c'est là un

point très important, par des enfoncements des bourgeonnements de l'épiderme au niveau des plis de la cicatrice. On ne trouve plus trace de glandes ni de follicules pileux. Les cellules épidermiques du revêtement ont elles-mêmes une structure imparfaite mal développée, d'où il résulte une vulnérabilité plus grande de cet épiderme.

Au-dessous se trouve le tissu même de la cicatrice, tissu fibreux dense, de structure très simple. Il est, en effet, composé dans une cicatrice ancienne, de faisceaux conjonctifs groupés en travées très denses et volumineuses. En se dirigeant en tous sens, elles forment un feutrage serré. Dans leur intérieur, on trouve comme dans tout tissu fibreux, des cellules conjonctives aplaties, dont les prolongements présentent l'aspect d'un réseau sur une coupe transversale. Dans leur intervalle, un tissu conjonctif lâche, peu abondant, infiltré de cellules rondes très nombreuses. Au milieu de ce tissu conjonctif circulent vaisseaux et nerfs. Le tissu élastique est très peu abondant. Suivant la gravité de la cause destructive, ce tissu fibreux de la cicatrice peut s'étendre jusqu'aux muscles et arriver même au contact des os. Ces cicatrices sont alors adhérentes.

Quelle est maintenant la cause de la prolifération monstrueuse de l'épithélium dans ce cas ? Comment peut agir l'irritation qui, nous l'avons vu, est si souvent signalée comme cause occasionnelle de développement de la tumeur ? Nous sommes forcés d'entrer ici dans le champ des hypothèses, car on n'a jamais pu saisir sur le fait le début du processus morbide. Aussi ne passerons-nous pas en revue les diverses opinions formulées sur le développement du cancer épithélial, car, dans aucune nous ne trouvons de solution satisfaisante à la question de l'origine des épithéliomas des cicatrices de brûlures.

Mais ne pourrait-on pas chercher le point de départ de celui-ci dans le revêtement épidermique même de la cicatrice de la brûlure, et cela en s'appuyant sur les conditions particulières dans lesquelles se trouve placé ce revêtement ?

Nous avons vu que les cellules qui le composent ont des caractères de structure propre qui leur donnent une vulnérabilité plus grande. N'oublions pas leur imperfection anatomique et leur évolution physiologique incomplète ne rappelant que de très loin la structure normale de l'épiderme. Etant moins adhérentes entre elles, une irritation quelconque, un traumatisme même léger qui resterait sans action sur un épiderme sain, suffiront pour détruire la mince couche épidermique qui recouvre la cicatrice. Cette cause irritative première s'oppose à tout processus réparateur pour peu qu'elle présente une certaine continuité d'action. Les cellules détachées doivent être remplacées par la prolifération incessante de celles qui subsistent. On constate ce fait sur toute ulcération et c'est sur les bords de celle-ci que cette hyperplasie des éléments anatomiques présente son maximum. Cette prolifération ne donne pas lieu à des éléments normaux, subissant la kératinisation ordinaire et peut-être pouvons-nous supposer qu'à un moment donné la même cause persistant, *cette activité de formation dépassera le but.* Il en résulterait alors une néoformation exagérée de cellules épithéliales qui bourgeonneront dans la profondeur des tissus et ainsi le néoplasme sera constitué. *La formation de celui-ci serait donc déterminée par la prolifération incessante d'un épithélium anormal soumis à l'influence d'une irritation chronique* de n'importe quelle nature, irritation que nous avons trouvée dans l'étiologie des cancroïdes qui nous occupent.

Cette pathogénie n'est, bien entendu, qu'une hypothèse et nous n'aurions garde d'en vouloir faire la preuve.

On n'a, en effet, jamais l'occasion d'examiner ou d'exciser sur le vivant un néoplasme épithélial au début même de sa formation. L'ulcération par laquelle il se manifeste et qui attire l'attention du malade, se confond avec la simple ulcération dont peut être le siège la cicatrice ou n'importe quelle autre partie du corps. Nous signalerons d'ailleurs au moment voulu cette difficulté du diagnostic.

SYMPTOMATOLOGIE

Mode de début. — Il est généralement difficile de déterminer exactement l'époque et le mode de début du cancroïde. Les malades ne se présentent à l'examen du médecin que lorsque le mal a déjà acquis un certain volume; l'ulcération de la cicatrice due, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, aux causes les plus diverses, présente au début les caractères d'une ulcération simple dont la transformation en épithélioma échappe à l'attention. Cependant, en examinant les cas rassemblés, on constate que les modes de début les plus fréquents sont les suivants :

1° Le malade accuse du prurit au niveau de la cicatrice, jusque-là indolente. La surface de celle-ci se couvre de squames épidermiques que le grattage enlève facilement. La cicatrice a alors, en général, perdu son aspect habituel. En divers points apparaissent des petites exulcérations humides, suintantes, parfois saignantes, qui se recouvrent de croûtes plus ou moins épaisses. La chute de celles-ci, qui sont peu adhérentes, est produite comme l'apparition des ulcérations précédentes par le simple grattage ; lorsqu'elle a lieu, on rencontre au-dessous d'elles des fissures, des excoriations qui entament le revêtement cutané plus ou moins profondément. Ces solutions de continuité de la cicatrice, d'abord isolées les unes des autres, se fusionnent bientôt et l'ulcération est alors constituée. La base

en est ferme, résistante et dépasse sur les périphéries les limites de la perte de substance. Le fond présente un aspect qui varie avec les cas : parfois bourgeonnant, villeux, végétant d'ordinaire, assez uni, couvert simplement de tout petits bourgeons rouges souvent saignants, parfois grisâtres et tombant presque en putréfaction. Pendant la durée de ce processus initial, le diagnostic reste difficile et l'idée qui se présente à l'esprit c'est qu'il s'agit là d'une ulcération simplement irritative. Peut-être pourtant une exagération insolite de la sensibilité à ce niveau, accompagnée d'un léger degré de tuméfaction, pourrait-elle mettre sur la voie de la véritable nature du mal.

2° Dans un second ordre de faits, le début n'est plus le même. Un jour le malade remarque d'une façon inattendue que la cicatrice, à l'existence de laquelle il ne faisait plus guère attention, est plus saillante que d'habitude et que cette saillie est due en un point limité à la formation d'une petite papule. Cette papule est ferme, résistante et rappellerait assez bien la consistance d'une verrue si la surface n'en apparaissait pas rapidement rosée et humide. Cette papule s'ulcère à son sommet et l'ulcération ainsi constituée ne tarde pas à gagner les parties voisines.

3° Dans d'autres cas, ce n'est plus une saillie circonscrite de la cicatrice qui attire l'attention : c'est la tuméfaction en masse à laquelle s'ajoute une certaine induration douloureuse. Cet aspect, qui rappelle assez bien celui d'une chéloïde, est embarrassant pour le diagnostic. Mais bientôt le gonflement augmente, la surface de la cicatrice s'ulcère, ses bords se renversent en dehors et alors la nature maligne de l'affection ne peut être mise en doute.

4° Lorsque la transformation épithéliale de la cicatrice de brûlure survient consécutivement à une lésion anté-

rieure de celle-ci, quelle que soit sa nature (et nous avons vu que ce mode pathogénique constitue la majorité des faits), la solution de continuité persiste au-delà du terme de réparation normale sans manifester aucune tendance vers la guérison.

L'ulcération produite par la cause première s'étend de proche en proche, les produits de sécrétion de sa surface augmentent, les bords prennent l'aspect caractéristique qu'ils présentent dans l'épithélioma, et l'affection atteint bientôt sa période d'état.

Tels sont les modes les plus habituels de début. Mais un fait constant, c'est dans certains points de la cicatrice qu'on les voit se produire, à savoir dans ses parties les plus saillantes et les plus tiraillées, là enfin où les irritations extérieures produisent leur maximum d'action : au pli du coude dans le cas d'une cicatrice du bras à l'avant-bras, dans l'aisselle, au creux poplité sur une bride saillante en contact avec les tendons des muscles fléchisseurs de la jambe. Rappelons en passant le rôle capital que jouent certaines conditions professionnelles (épithélioma du pouce chez un tailleur, ceux si fréquents de la main et de l'avant-bras par suite d'un travail manuel). Néanmoins, il est des cas où, il faut le reconnaître, le néoplasme apparaît dans un point indifférent de la cicatrice. On ne peut rattacher son développement à aucune des causes que nous avons énumérées, et l'on est bien obligé de l'attribuer à la prédisposition cancéreuse de l'individu et à celle du tissu inodulaire à subir la dégénérescence épithéliale (*locus minoris resistentiæ*).

De tous les modes de début, il semble que c'est le début par ulcération qui est le plus fréquent.

Période d'état. — Deux formes se présentent : la forme ulcéreuse et la forme papillaire.

1° La forme ulcéreuse apparaît sous la forme d'une granulation isolée ou de plusieurs granulations minimes plus ou moins rapprochées et réunies en une plaque indurée, grosses comme des têtes d'épingle, dures, luisantes, d'un rouge pâle. Ces granulations finissent par s'ulcérer spontanément ou à la suite d'un traumatisme quelconque (grattage) et leur surface se recouvre d'une croûte formée surtout de sang desséché. Au bout de quelque temps, parfois de plusieurs années, le foyer primitif augmente par le développement périphérique de nouvelles granulations.

L'ulcération résultant de la fonte de ces granulations est superficielle, de forme variable, arrondie ou irrégulière, à bords taillés à pic et indurés. L'ulcère épithélioma-teux repose sur un fond dur comme squirreux, qui fait corps avec le plan sous-jacent. La surface de la tumeur présente un aspect qui lui appartient en propre ; elle est inégale, anfractueuse, raboteuse, formée d'éminences mamelonnées, que séparent des dépressions de profondeur et de largeur variables.

Elle est recouverte par un mélange de sang et de pus qui, au contact de l'air, se concrète en croûtes sèches. Quand celles-ci forment une couche uniforme elles peuvent jusqu'à un certain point masquer le caractère malin de la tumeur, mais cause-t-on leur chute par le lavage ou l'application de pansements humides ? On trouve au-dessous une surface vasculaire, rouge, saignant au moindre contact. Lorsque la surface ulcérée offre de grandes dimensions, que ses mamelons deviennent de véritables bourgeons fongueux, sa sécrétion devient plus abondante et se compose d'un liquide ichoreux fétide qui se collecte en un couche d'apparence crémeuse remplissant toutes les anfractuosités de l'ulcération. Les bords de celles-ci sont saillants, donnant, par leur dureté, l'apparence d'un

bourrelet et ils sont, en général, le siège d'un prurit plus ou moins marqué ; la douleur n'est intense que dans les formes très étendues. Tout autour la peau offre rarement son apparence normale. L'épiderme se détache sous forme d'écailles larges et furfuracées. D'autres fois, il se décolle facilement du derme. On doit à ce caractère soupçonner que l'infiltration cancéreuse dépasse les limites apparentes de l'ulcération. Si l'on saisit le fond même de la tumeur entre les doigts, on en exprime comme de petits bonbons de matière caséeuse semblable à des comédons qui sortent comme à la filière (Broca). Au toucher, le caractère de dureté est plus développé dans le cancroïde des cicatrices de brûlures que dans le cancroïde de la peau saine (Le Dentu). N'insistons pas sur les dimensions de la tumeur, très variables, depuis la pièce de 50 centimes jusqu'à ces vastes épithéliomas mesurant toute la longueur de la cuisse.

Forme papillaire. — Décrite pour la première fois en 1828, par Marjolin, sous le nom d'ulcère verruqueux. « La surface de ces ulcères, a dit Marjolin, est formée par un tissu composé d'un grand nombre de villosités coniques, d'une texture dense, serrée, très rapprochées les unes des autres, représentant en quelque sorte un velours de laine grossier. Ces ulcérations laissent suinter en petite quantité un fluide visqueux presque incolore, fétide, qui en se desséchant forme une croûte épaisse, dure, grisâtre, très adhérente. Ils sont peu douloureux ou même indolents et susceptibles de prendre une grande étendue. » Le début de cette forme se manifeste pas l'apparition d'une papule sur les points de la cicatrice que nous avons particulièrement indiqués dans le précédent chapitre. Sa surface est lisse, humide, rosée. Sa consistance présente

déjà une induration manifeste. Cette saillie circonscrite s'accroît en hauteur et en surface, d'autres semblables apparaissent à côté d'elle et déterminent par leur agglomération une tumeur homogène. En même temps qu'elle s'accroît, son aspect change. Sa surface perd son aspect lisse ; elle devient granuleuse, comme framboisée, puis nettement papilliforme. C'est, en effet, le caractère distinctif de cette variété, où le processus ulcératif fait défaut, d'émettre de petits prolongements serrés les uns contre les autres, recouvrant une surface ulcérée et suintante, sécrétant une matière sébacée, blanchâtre, épaisse, qui s'accumule dans l'intervalle des papilles. Cette tumeur, contrairement à la forme ulcéreuse, est presque toujours mobile sur les parties profondes, car plus encore que celle-ci, elle offre une tendance à s'accroître en surface et non en profondeur comme nous l'avons vu pour les formes végétantes de l'épithélioma ulcéré.

La pression en fait sourdre les filaments vermiformes de matière caséeuse caractéristiques de l'épithélioma. Pour Follin, Duplay et Terrier, cette dernière forme est celle qu'affecteraient le plus souvent les cancroïdes des cicatrices et surtout celles de brûlures.

Marche. — Peut-être plus encore que celui de la peau saine, le cancroïde des cicatrices de brûlures présente toujours une marche lente quoique toujours progressive. Cette lenteur de développement est caractéristique de la forme papillaire. Le mal demande des mois et même des années pour acquérir de grandes dimensions. Mais cette règle présente de nombreuses exceptions, et il faut bien savoir que dans des cas assez nombreux, l'évolution peut être bien plus rapide et l'ulcération atteindre rapidement des dimensions considérables. Cette rapidité insolite de

la marche a même fait souvent le diagnostic de la lésion. Souvent cette rapidité a paru être hâtée par l'emploi des caustiques. Mais un fait général est à retenir : la lenteur habituelle de l'évolution du cancroïde des cicatrices de brûlure, même abandonné à lui-même.

Bien que s'étendant habituellement en surface, l'affection peut néanmoins envahir les parties profondes : aponévroses, plans musculaires, articulations, etc. A cette infiltration locale s'ajoute alors parfois la dégénérescence ganglionnaire et l'on constate alors dans les régions qui en sont le siège anatomique des tumeurs circonscrites mobiles, indolentes sans adhérences ni changement de coloration de la peau, d'un volume variable pouvant atteindre le volume d'un œuf de poule et même au-delà, et offrant au toucher une dureté ligneuse très caractéristique.

On a même noté la suppuration d'un de ces ganglions (Parise, Bulletin médical du Nord).

Cet envahissement des parties profondes est peut-être dû au fait qu'elles ont été intéressées par la lésion ou affection primitives ayant déterminé la formation du tissu de cicatrice. Nous avons vu, en effet, que les cicatrices de brûlures offrent le plus souvent la dégénérescence épithéliale. Malheureusement, ce n'est là qu'une hypothèse manquant de faits concluants pour la soutenir.

Dans d'autres cas, la tumeur n'a produit sur les ganglions qu'une réaction simplement inflammatoire ; ceux-ci sont alors sensibles et douloureux à la pression ; leur tuméfaction reste modérée, leur consistance normale. L'épithélioma étendu en profondeur offre l'aspect d'un véritable cratère bourgeonnant avec diverticules et anfractuosités où se collecte une sécrétion ichoreuse fétide, contenant des lambeaux d'aponévrose, de muscles, de tissu cellulaire et des esquilles osseuses.

Si l'on déterge ce foyer, on voit que le fond de la tumeur présente des dépressions par où le stylet pénètre dans l'intérieur et fait constater le ramollissement et la friabilité du tissu osseux.

Lorsque celui-ci est dénudé, il laisse souvent apercevoir une masse fongueuse entourée du bourrelet saillant de l'ulcère.

En résumé, il est habituel dans le cancroïde des cicatrices de brûlure de voir l'intégrité du système ganglionnaire. Il est même remarquable que cette intégrité existait dans certains cas où le cancroïde avait envahi les parties profondes et les os. Cette intégrité existe, quelle que soit la durée de la maladie et la largeur de l'ulcération ; il n'y a non plus ni cachexie, ni généralisation viscérale. Hawkins expliquait la lenteur de la marche et ce peu de tendance à la généralisation des cancroïdes des cicatrices par ce fait que la cicatrice, siège de la tumeur, présente une vitalité moindre que la peau saine. Il faut remarquer qu'il est difficile d'établir ici une différence clinique entre le cancroïde de la cicatrice de brûlures et celui de la peau saine, car dans ce dernier, en règle générale, les ganglions sont indemnes.

Symptômes fonctionnels. — Peu de chose à remarquer, car à part l'impotence causée par la présence de la tumeur, les symptômes fonctionnels sont bien moins importants que les symptômes locaux.

Rares sont les douleurs vives. Souvent les phénomènes douloureux manquent complètement ou ne présentent pas assez d'intensité pour faire souffrir le malade. Ces douleurs sont souvent dues à la marche pour les cancroïdes siégeant aux membres inférieurs ou aux mouvements des articulations voisines de la tumeur. Les douleurs provoquées font également défaut. Les hémorragies sont ra-

res. Clément en a vu cependant se produire d'assez abondantes pour mettre la vie du malade en danger. » Cette complication a été aussi rencontrée par Sullivan et Boyer. Dans ce dernier cas, le cancer avait ulcéré l'artère fémorale.

Etat général. — Pendant une longue période, la santé générale n'est pas influencée par la présence de la tumeur.

Celle-ci continue sa marche extensive et ce n'est qu'à une époque avancée de son développement que l'état général devient mauvais. « Le cancroïde n'a pas d'influence sur l'état général. » (Lebert, Traité pratique des maladies cancéreuses.) Ceci s'applique au cancroïde des cicatrices de brûlure. Pendant longtemps, les malades ne se plaignent que de la gêne et de la difformité résultant de la présence de la tumeur. On voit souvent, lorsque les troubles généraux existent, l'intervention produire leur disparition et la santé générale se relever.

Dans les cas les moins nombreux où les progrès du mal font craindre la mort, on voit alors l'aggravation des symptômes généraux se prononcer de plus en plus. L'appétit et les forces se perdent : l'amaigrissement, la décoloration des téguments, l'adynamie vont crescendo et la mort survient par épuisement, hecticité, cachexie, septicémie précipitée souvent par une maladie intercurrente (pneumonie ou autre). Enfin, elle peut être due à la généralisation viscérale contrairement à ce qu'en pensait Lebert. Charcot et Boegehold, puis Gaucher, Gaston et Weill ont publié des cas de ces épithéliomas cutanés avec métastases viscérales.

Notre observation V concerne un cas d'épithélioma sur cicatrice de brûlure avec métastases ganglionnaires et viscérales.

DIAGNOSTIC

Il peut sur les cicatrices se produire aussi bien que sur la peau saine des manifestations locales, des affections propres à l'individu.

Tout d'abord, comme celle-ci, une cicatrice peut être le siège d'une ulcération quelconque due à une cause externe quelconque. Et nous avons déjà dit combien il est difficile à cette période de début de la distinguer d'un épithélioma. On ne perdra pas de vue l'indolence de ce dernier, sa marche lente souvent à peine sensible, mais néanmoins toujours progressive. Une ulcération simple de même volume ne demandera que peu de temps pour se réparer, à moins d'être entretenue par une cause quelconque dont la nature ne pourra échapper.

La surface de l'ulcération sera plus unie, moins fongueuse, dépourvue de toute induration et de saillie des bords douloureux, au toucher. On ne pourra en exprimer aucune matière caséeuse par la pression. La suppuration sera plus abondante et enfin le microscope n'y fera pas rencontrer de cellules épithéliales.

L'hypertrophie simple des cicatrices s'observe surtout chez les lymphatiques et strumeux. Chez ceux-ci, la cicatrice reste saillante, sous forme d'un bourrelet violacé, douloureux, parfois saignant, et qui peut s'ulcérer sous l'influence d'irritations extérieures. A un degré plus avancé, cette hypertrophie constitue les chéloïdes cica-

tricielles et une partie des tumeurs verruqueuses de Hawkins. Les autres, avons-nous dit, sont de véritables cancroïdes.

La chéloïde cicatricielle s'ulcère rarement et Hebra et Hardy ne croient même pas à la réalité des ulcérations décrites. L'examen histologique montre qu'elle est formée par du tissu fibreux.

Les lésions tuberculeuses de la peau et des ganglions lymphatiques qui pensent reparaître sur des cicatrices d'abcès tuberculeux antérieurs ne suppurent et s'ulcèrent qu'à la suite d'un travail inflammatoire permettant d'éviter toute erreur. Elles s'observent surtout dans le jeune âge. Leur siège est celui des ganglions lymphatiques correspondants. L'ulcération est fongueuse à bords souples ; elle fournit en abondance un pus grumeleux et s'accompagne de décollements cutanés et de trajets fistuleux multiples.

Dans le lupus ulcéreux, les tubercules s'excorient et l'ulcération s'établit pouvant revêtir divers caractères. C'est ainsi qu'on observe des lupus vorax, serpigineux, végétants, papillomateux. La cicatrisation commence, en général, par le centre. L'ulcération s'étend par les bords et est recouverte de croûtes abondantes ; elle repose sur une base œdémateuse saillante et ne saigne pas facilement.

L'épithélioma forme une croûte plus sèche et son ulcération saigne au moindre contact. Notons en passant que l'épithélioma se développe sur des cicatrices de lupus.

Les syphilides ulcéreuses sont perforantes ; elles ont les bords taillés à pic et la zone périgommeuse a une couleur jambonnée spéciale à la syphilis. Enfin, le traitement spécifique lèvera tous les doutes.

Les gommes tuberculeuses évoluent suivant un proces-

sus un peu particulier. La gomme est constituée au début par une petite nodosité intra-dermique, qui correspond à une petite tache rouge de la peau. Cette nodosité gagne peu à peu la surface, s'accroît plus ou moins rapidement, se ramollit, puis se perfore en formant une véritable caverne dermique dont le contenu caséeux s'échappe au dehors et qui laisse pendant longtemps couler une sérosité plus ou moins trouble. (Besnier.)

PRONOSTIC

Malgré la lenteur de la marche, l'absence de symptômes fonctionnels, le peu de fréquence de la généralisation ganglionnaire, le pronostic de l'épithélioma des cicatrices reste sérieux. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une tumeur maligne à marche envahissante et tendant aux récidives sur place. L'expression de « malignant locale disease », que lui a donnée Hawkins, est donc tout à fait juste.

Les chiffres des statistiques justifient, en général, un pronostic très réservé et dont la gravité est augmentée par l'âge de la tumeur qui conserve au début de son évolution une bénignité relative. On devra aussi tenir compte de divers caractères particuliers tirés de l'étiologie et des symptômes. C'est ainsi que l'hépithélioma des cicatrices de la face offre plus de gravité que celui des membres, et dans ceux-ci la gravité semble augmentée au membre inférieur. Les considérations tenant à l'âge, à l'état général du malade, pourront influencer le degré de gravité du pronostic. Mais celui-ci nous semble surtout dépendre de la marche et de l'évolution de la tumeur.

Nous avons vu qu'un accroissement rapide de l'épithélioma est d'un fâcheux pronostic. Contrairement à l'opinion de certains auteurs, les récidives sont fort à craindre. Les récidives sont locales. Elles comportent un pronostic grave et semblent dues à l'étendue des lésions primitives ou à un traitement irrationnel et défectueux.

TRAITEMENT

Il est d'abord prophylactique et curatif.

Prophylaxie. — Nous devons insister particulièrement sur la première partie du traitement.

« A partir du second degré, une brûlure doit être considérée comme une plaie qu'on doit aseptiser et dont la cicatrisation doit être surveillée. Or, il est curieux d'observer avec quelle lenteur la thérapeutique des brûlures a suivi les progrès contemporains. Alors que pour toutes les plaies la méthode antiseptique avait force de loi, maints chirurgiens continuaient l'emploi ou la recherche de topiques spéciaux sans valeur microbicide. Et dans toute la période récente, quand le traitement antiseptique des brûlures s'est imposé, on s'est longtemps contenté de l'antisepsie du pansement, sans y joindre les précautions d'aseptisation préalable obligatoire pour toute plaie. » (Forgue, *Montpellier Médical*, 1895.)

Pour une brûlure les chances d'infection sont multiples. Or, le nettoyage est une des conditions premières pour obtenir la réunion immédiate des brûlures, de même que pour toute autre plaie, de même que l'aseptisation d'une fracture ouverte, d'une plaie contuse a la part décisive dans l'évolution d'un foyer traumatique. Puis c'est affaire au pansement antiseptique de protéger la surface contre toute contamination secondaire ou d'atténuer l'af-

fection si l'on n'a pu l'écarter complètement. Plus cette asepsie primitive a été rigoureuse, plus les pansements peuvent être raréfiés. Or cette rareté doit être la première qualité des pansements de brûlure.

Le choix du topique est important. Il est préférable de joindre à l'ouate stérile des matières favorables à la kératinisation : ce sont le thiol et l'acide picrique qui tendent à remplacer les pansements gras et humides.

Parmi les premiers, il est pourtant utile de recommander la pommade de Reclus, qui a des propriétés analgésiques antiseptiques de par les substances qui entrent dans sa composition (antipyrine, acide borique et iodoforme).

La balnéation dans de l'eau bouillie ou faiblement antiseptique peut rendre de grands services.

Une brûlure infectée et détergée bourgeonne : son traitement devient celui de toutes les plaies à cette période de son évolution. Rien n'active la cicatrisation comme le changement fréquent des topiques : nitrate d'argent pour réprimer les bourgeons exubérants, thiol, iodoforme. On sait que la cicatrisation demande la plus active surveillance. On sait à quels dangers elle expose et les difformités qui peuvent succéder aux brûlures : sans parler de l'épithélioma, l'ectropion, l'oblitération des orifices du nez, déviation de la bouche, adhérence des doigts entre eux et des membres au tronc, etc.

Mais les moyens sont nombreux de prévenir et de combattre ces difformités inodulaires.

1° La greffe épidermique devenue depuis 1870 la meilleure ressource contre les cicatrices retardantes ou vicieuses ; elle abrège la durée de la cutanisation ; elle diminue le pouvoir rétractile des tissus inodulaires et s'oppose à la soudure des surfaces granuleuses voisines. Or, n'avons-nous pas vu dans l'étiologie des cancroïdes des

cicatrices de brûlure ces trois causes souvent signalées ? Aussi doit-elle être d'un usage courant pour réparer les vastes plaies bourgeonnantes, reliquat des brûlures.

Reverdin, en 1865, l'employa le premier, et à Strasbourg Auguste Revardin et Hergott soignaient un brûlé qui, après sept mois et demi de traitement, présentait une plaie de 28 centimètres de long sur 12 de large ; onze greffes furent appliquées qui, en quelques semaines, provoquèrent une cicatrisation complète.

Aux greffes petites, minces et nombreuses de Reverdin, Ollier préfère de larges lambeaux dermo-épidermiques. Il ne cherche pas à créer de centres multiples d'épidermisation, mais il veut substituer à la pellicule fragile des cicatrices ordinaires un vrai morceau de peau normale épaisse résistante, vraiment protectrice, non rétractile et qui n'offre pas la désolante tendance à l'ulcération nouvelle que montrent les cicatrices, véritables produits pathologiques, minces, lisses, luisants, obtenues par les greffes de Reverdin.

Mise en pratique par Thiersch, cette méthode donne des résultats excellents et doit être la plus employée dans le cas de brûlures étendues.

En présence d'une cicatrice vicieuse, on doit la remplacer par du tissu sain et souple ; on utilise pour ce faire les autoplasties. Plusieurs méthodes ont été proposées que nous ne ferons que signaler : 1° la méthode dite de Celse, qui permet le glissement des téguments voisins mobilisés et disséqués ; 2° la méthode hindoue, qui taille un lambeau amené sur la plaie tout en restant attaché aux parties environnantes par un pédicule tordu sur lui-même ; 3° la méthode italienne, qui prend son lambeau à distance, mais lui conserve, pour assurer sa nutrition, une base d'implantation plus ou moins large ; c'est par des atti-

tudes souvent contraires qu'elle met en rapport le lambeau et la brèche.

On n'attendra pas pour intervenir par l'autoplastie que le tissu inodulaire soit complètement rétracté que la cicatrice soit parfaite, comme disait Delpech.

La méthode italienne est une précieuse ressource dans les difformités cicatricielles des membres, partout où il faut une pièce de bonne étoffe et non une fragile cicatrice, dans les points où se font les frottements, des appuis dans les plis de flexion ou sur les saillies exposées : c'est, dans ces cas, une ressource précieuse qu'il faut préférer aux greffes. Hormis pourtant ces indications, qui sont de première importance, nous l'avons vu dans l'étiologie du cancroïde des cicatrices de brûlures, on peut se contenter des greffes qui fournissent en général une couverture suffisante.

Tel est le traitement prophylactique de l'épithélioma des cicatrices de brûlure. Il répond aux deux indications capitales suivantes : 1° empêcher les suppurations prolongées, et 2° empêcher les tiraillements et irritations chroniques des cicatrices difformes.

La cicatrice étant complète, on prendra les précautions nécessaires pour la protéger contre les agents ou causes d'irritation extérieures et si malgré tout une ulcération se produit on s'efforcera d'en obtenir vite la guérison par de l'antisepsie et des pansements appropriés. Tout cela ne s'adresse qu'au terrain. Que faut-il faire quand le néoplasme est constitué ?

Traitement curatif. — Si l'on prenait à la lettre l'ancienne dénomination de cette lésion « noli me tangere », on ne devrait jamais toucher à cet épithélioma. Néanmoins, de toutes les tumeurs, ce sont certainement cel-

les-ci qui offrent le plus de prise au traitement, et grâce à leur caractère peu envahissant, il est très fréquent de les voir guérir radicalement sous l'influence d'une intervention active. Aussi doit-on les traiter avec beaucoup de soins puisque dans la plupart des cas *qui ne sont pas trop avancés* on a de très grandes chances d'arriver à la guérison définitive. Ce n'est qu'à la suite d'interventions insuffisantes et incomplètes que l'on voit le mal s'aggraver. Aujourd'hui, on est revenu des craintes d'autrefois et l'on sait maintenant que les opérations ne sont nuisibles que lorsqu'elles sont insuffisantes.

Sur de petits cancroïdes, souvent de simples applications caustiques suffisent. On peut les volatiliser sous la pointe d'un thermocautère. Mais chez certains malades pusillanimes, on pourra avoir recours à des procédés à allure plus immédiate. Le chlorate de potasse a donné entre les mains de nombreux chirurgiens des résultats remarquables. Il doit être appliqué soit en poudre, soit en solution saturée. De larges cancroïdes ont pu ainsi être guéris.

On sait l'affinité particulière de certaines matières colorantes pour les cellules épithéliales. Cette notion a été l'origine d'un mode de traitement et Mosetig von Moorhof a le premier traité les tumeurs par injections ou applications de couleurs d'aniline. Cela paraît avoir donné quelques bons résultats. Darier s'est fort bien trouvé de l'association du bleu de méthylène et de l'acide chromique. Certains caustiques plus énergiques donnent également de bons résultats. Les divers acides nitrique, lactique et surtout chromique, suffisent à détruire les petits cancroïdes cutanés. Celui-ci est le plus énergique. Il est possible d'obtenir avec lui des résultats assez rapides. Le tissu malade une fois détruit se cicatrise comme une plaie

ordinaire quoique assez lentement. Ces caustiques ont un inconvénient. Sur les plaies vives ils sont fort douloureux. Mais lorsque l'ulcération est nulle ou insignifiante, ils sont fort bien supportés et d'ailleurs rien n'est plus facile que d'appliquer sur les plaies vives avant le contact du caustique une solution de cocaïne à 1/20.

Les caustiques solides : pâte de Vienne, pâte de Canquoin, poudre et pâtes arsenicales, ont été longtemps employés et donnent de bons résultats en ce sens qu'ils peuvent détruire tous les tissus malades et amener leur cicatrisation. Mais, dès que l'épithélioma aura acquis une certaine dimension, à moins que le malade ne s'y refuse absolument, il faudra sans hésiter recourir aux moyens sanglants.

Ceux-ci sont de deux sortes : le raclage à la curette tranchante et l'extirpation au bistouri. Le premier moyen est infidèle. C'est une opération aveugle, au cours de laquelle il est souvent impossible de savoir si l'on dépasse les limites du mal. En outre, on laisse constamment dans la plaie des débris épithéliaux qui peuvent continuer à vivre et devenir, en se greffant dans les tissus environnants, l'origine de nouvelles pullulations cellulaires. De plus, c'est un moyen extrêmement douloureux, qui exige l'anesthésie, soit locale, soit générale. Enfin, la plaie qui succède est irrégulière, anfractueuse, à bords peu nets. Il est, la plupart du temps, impossible de réunir ses lèvres ou de la recouvrir par quelque lambeau autoplastique régulier.

L'extirpation au bistouri n'a aucun de ces inconvénients. Il est très facile de dépasser les limites du mal, qu'il faudra cerner à 1 centimètre au moins en dehors des points suspects. Il faut autant que possible enlever le mal en bloc, en pénétrant aussi profondément que néces-

saire. Si on arrive sur un os que l'on a des raisons de croire suspect, on le ruginera et on en enlèvera, au besoin, à la gouge et au maillet, une certaine épaisseur. Bref, on taillera dans le vif, en se souvenant que plus l'extirpation sera généreuse, plus les chances de récidive seront diminuées. A cette opération succèdent des plaies régulières, dont les lèvres peuvent souvent être rapprochées par des sutures, ou qui seront dans d'excellentes conditions pour être recouvertes par des lambeaux autoplastiqués. Dans quelques cas exceptionnels, le fer rouge pourra rendre de grands services. Bien entendu, l'état des ganglions peut donner lieu à des indications multiples.

On peut actuellement opposer au traitement chirurgical seul le traitement radiothérapique ou même combiner le traitement chirurgical et la radiothérapie. « On devra, dans presque tous les cas, s'astreindre à faire disparaître par action chirurgicale tout ce qui peut être enlevé pour que les rayons X puissent, dans la suite, atteindre en profondeur les extrêmes ramifications du mal... »

Y a-t-il des contre-indications à la radiothérapie ? Quelques auteurs ont avoué que certains néoplasmes reçoivent un coup de fouet à la suite de l'action des rayons X ? Certains faits commnadent quelques mesures que nous résumerons ainsi : ne pas agir sur un néoplasme septique avant de l'avoir aseptisé dans la mesure du possible ; ne jamais négliger l'exploration très soigneuse des ganglions avant la radiothérapie ; traiter les ganglions, si légers que soient les doutes touchant leur intégrité.

La réaction est assez variable et, d'ordinaire, elle n'a d'importance que par son intensité. La bordure d'envahissement s'affaisse, les nodules perlés deviennent invisibles après quelques jours. Le fond se déterge, un suin-

tement abondant se produit ; en même temps que l'ulcération suinte, il s'en détache des parcelles ; si l'on ne fait pas de pansements, une épaisse croûte se forme, que soulèvent le suintement et du pus. Sous la croûte, la réparation se produit (Lenglet).

Signalons la méthode de traitement électro-chirurgical par la fulguration (méthode de Keating-Hart et Juge)

OBSERVATIONS

Observation première

Due à M. le professeur-agrégé Riche.
Epithélioma cutané développé sur une cicatrice de brûlure.

Louise V..., 27 ans, célibataire, entre en septembre 1909 à l'hôpital Saint-Eloi-Suburbain, dans le service de mon maître, M. le professeur Forgue, que je supplée, pour une très large ulcération de la face postérieure de la cuisse droite.

Rien de particulièrement intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Le père est mort à 71 ans de cardiopathie ; la mère à 65 ans ; six frères ou sœurs vivent en bonne santé: Notre malade a eu la rougeole à six ans, la variole à huit ans. Réglée à 14 ans, elle l'est depuis normalement.

A l'âge de douze ans, il y a donc quinze ans aujourd'hui, elle met accidentellement le feu à ses jupes et se fait des brûlures multiples et étendues, qui intéressent l'avant-bras droit, la fesse gauche et la partie postérieure et supérieure de la cuisse gauche, le flanc droit, la fesse droite et toute la face postérieure de la cuisse droite. Ces deux dernières brûlures étaient très profondes ; *la cicatrisation s'est effectuée très lentement, et n'a été complète qu'après six ou sept ans.*

Début de la maladie actuelle. — Il y a un peu plus d'un

an, en juillet 1908, la malade s'est aperçue, un jour, de l'existence sur la face postérieure de la cuisse droite, au milieu de la cicatrice de sa brûlure ancienne, d'un bouton du volume d'une grosse tête d'épingle et de coloration brunâtre. Ce bouton, déterminant une légère douleur, la malade l'a gratté ; une croûte est tombée, au-dessous de laquelle sont apparus des bourgeons grisâtres, donnant un suintement léger. Depuis, cette ulcération s'est progressivement agrandie, jusqu'au moment où la malade s'est enfin décidée à voir un chirurgien.

Actuellement, la malade n'éprouve point la moindre douleur. Aucun symptôme fonctionnel n'attire notre attention.

A l'inspection, on constate une très large ulcération, occupant la partie postérieure de la cuisse droite et la partie inférieure de la fesse. De forme ovalaire, cette ulcération a son grand axe parallèle à l'axe longitudinal du membre inférieur. Elle atteint, à la partie supérieure, une ligne horizontale qui serait menée par le grand trochanter ; en bas, elle arrive un peu au-dessus de la partie moyenne de la cuisse, mesurant ainsi 25 centimètres environ dans sa plus grande longueur. Transversalement, ses dimensions sont un peu moindres, et ne dépassent pas 18 à 20 centimètres, la largeur de la face postérieure de la cuisse. Cette ulcération est limitée sur la plus grande partie de sa circonférence par un bourrelet dur, très saillant, par places même comme éversé en dehors sur la peau saine. Ce bourrelet, de coloration grisâtre, comme le fond même de l'ulcération, est lui-même irrégulier et mamelonné ; ces petites bosselures se retrouvent aussi sur toute la surface de la plaie, avec les mêmes caractères de dureté. En un point limité, qui répond au segment inféro-interne de la circonférence de l'ulcération, le bourrelet

s'aplatit progressivement jusqu'à disparaître, et à ce niveau ce n'est plus une surface bourgeonnante que l'on aperçoit, mais une surface exulcérée et peu indurée. Par places, on aperçoit sur l'ulcération de petits points jaunâtres, plus nombreux au niveau du bourrelet limitant, et la pression à ce niveau fait sortir des vermiotes caractéristiques. La palpation est absolument indolente. Le membre n'est pas œdématié. Dans l'aine droite, trois ou quatre ganglions, légèrement augmentés de volume et indurés, non douloureux à la pression. Etat général satisfaisant.

Il s'agit donc, incontestablement, étant donnés les caractères cliniques, d'un épithélioma cutané, développé sur une ancienne cicatrice de brûlure. La preuve histologique n'a pu en être faite en raison de la mauvaise volonté de la malade, qui a refusé de se prêter à tout prélèvement, en vue d'une biopsie.

Quelle conduite tenir au point de vue thérapeutique ?

L'extirpation large nous semblerait ici devoir seule être conseillée, mais l'état des parties voisines, presque entièrement formées de tissu cicatriciel, rendrait difficile l'autoplastie nécessaire à combler la vaste perte de substance, et il est à craindre qu'une tentative de ce genre ne se termine par un insuccès.

Observation II

Epithélioma du bras développé sur la cicatrice d'un cautère.

Dem... Marie, sans profession, âgée de 71 ans, entrée le 10 septembre 1886 à l'hôpital Beaujon, salle Ste-Clotilde, dans le service de M. Quenu, suppléant de M. Cruveilhier.

Cette malade m'a pas connu ses parents. Elle a eu le choléra à Nemours, à l'âge de seize ans. Fièvre typhoïde à 21 ans.

Depuis l'âge de 20 ans, elle a porté un cautère sur la face externe du bras gauche, qu'elle avait appliqué parce qu'elle souffrait d'abcès du sein. La malade s'est toujours servie de son bras. En 1882, le bras gauche a été atteint d'érysipèle, et un médecin, consulté, lui fit enlever les pois d'iris qui entretenaient la suppuration. La malade guérit de son érysipèle et laissa cicatriser son ulcération, dont la cicatrisation fut très lente ; elle s'accompagnait de démangeaisons vives, l'obligeant à se frotter parfois même jusqu'au sang. Quoi qu'il en soit, l'année suivante, en 1883, l'ulcération était cicatrisée depuis un an, quand la malade remarqua l'apparition d'une petite papule sur les bords de la cicatrice. Celle-ci était complètement indolente, légèrement suintante, et la malade n'y fit pas attention. Sous l'influence du frottement par suite des mouvements du bras, la petite tumeur subit un accroissement progressif et atteint le volume d'une cerise, puis d'une noix. Jamais de douleurs, ni d'hémorragie notable.

Etat actuel. — Malgré son âge, la malade est vigoureuse et alerte. Appétit satisfaisant. Pas d'amaigrissement. On constate, sur le milieu de la face externe du bras, la présence d'une tumeur à surface rosée, granuleuse, comme framboisée. Elle offre le volume d'une petite mandarine. Sa vascularisation est suffisamment développée pour que le contact du doigt fasse apparaître un léger suintement de sang. La tumeur est très facilement mobile sur les parties profondes et, en la pressant entre les doigts, on fait sourdre de sa surface les

bourbillons caséeux (vermiotes) caractéristiques de l'épithélioma.

Aucun engorgement des ganglions de l'aisselle. La malade n'accuse pas d'autres phénomènes fonctionnels que quelques élancements douloureux dans le bras, apparus depuis six mois seulement.

M. Quenu pratique l'ablation de la tumeur en la circonscrivant par une incision circulaire, de façon à dépasser largement sa base d'implantation. Celle-ci n'a aucune adhérence avec les parties profondes. Pansement avec la gaze iodoformée. Suites normales.

La malade a quitté l'hôpital le 27 septembre 1886, complètement guérie.

A l'examen microscopique, on a vu qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé, à globes épidermiques.

Observation III

Epithélioma de la jambe développé sur une cicatrice de brûlures. Extension au tibia. Amputation de la cuisse. Guérison.
(Hôtel-Dieu, service de M. Tillaux).

Le nommé A... Edm..., âgé de 56 ans, charron, entré le 15 mars 1886, salle St-Côme, lit numéro 18.

Hérédité nulle. Aucun antécédent morbide personnel. Pas de syphilis.

En 1846, brûlure profonde de la jambe gauche, ayant laissé une cicatrice étendue.

En 1883, le malade reçut un coup de marteau sur sa cicatrice, qui fut déchirée. Pendant longtemps la plaie n'eut aucune tendance vers la guérison.

Au mois de juin 1885, nouveau traumatisme sur la cicatrice, qui fut rompue une seconde fois. Vers la fin de

cette année, la cicatrisation étant depuis peu de temps complète, le malade remarqua le début d'une ulcération dans la région qui avait été blessée.

Cette ulcération s'agrandit peu à peu ; le malade entre à ce moment à l'hôpital, où il est soumis au repos absolu pendant un mois et au traitement antisyphilitique. Ce dernier n'amène, du reste, aucune amélioration. Six mois après, A... revient à l'Hôtel-Dieu, au mois de mars 1886, décidé à se faire opérer.

Etat actuel. — A la partie moyenne de la jambe gauche, existe une vaste ulcération, mesurant la largeur de la paume de la main. Elle siège sur la face externe de la jambe, passe au-devant de la crête du tibia et se termine sur sa face interne. Ses bords sont indurés, irréguliers ; le fond est bourgeonnant, grisâtre, saignant au moindre contact. Il présente des dépressions profondes, qui pénètrent dans le tibia à une profondeur de trois centimètres. Par ces petites fistules, on peut faire sourdre une matière sanieuse, contenant de petits corps blanchâtres et allongés. Le stylet pénètre dans l'intérieur de l'os, qui est friable. La cicatrice est adhérente aux os et aux muscles.

Petit ganglion dans l'aine correspondante. Le malade a maigri et perdu ses forces. La marche est impossible. Pas de douleurs, ni d'hémorragies.

Diagnostic. — Epithélioma développé sur une ancienne cicatrice de brûlure, irritée par des traumatismes ; envahissement consécutif du tibia.

Opération. — Amputation sus-condylienne de la cuisse, avec lambeau antérieur. Guérison.

Diagnostic confirmé par l'examen microscopique.

Observation IV

Épithélioma cicatriciel de l'avant-bras. Amputation du bras. Guérison. (Hôtel-Dieu, service de M. Tillaux).

La nommée Br... Amélie, âgée de 46 ans, domestique, entre le 20 décembre 1886 à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Marthe, lit numéro 15.

Pas d'antécédents morbides, ni héréditaires, ni personnels. A l'âge de onze ans, un vase contenant de l'essence de térébenthine a pris feu et l'a communiqué à ses vêtements. La malade a été brûlée aux mains, aux avant-bras, aux genoux, au cou. C'est à l'avant-bras droit, siège de la tumeur, que la brûlure a été le plus profonde. L'avant-bras gauche, la face antérieure du cou et du genou droit portent des cicatrices étendues. La cicatrisation de l'avant-bras droit a demandé un an ; elle forme une bandelette parcheminée, qui se tend au niveau du pli du coude, dans les mouvements d'extension de l'avant-bras.

La malade raconte qu'à 17 ans, elle a vu apparaître une verrue, d'abord très minime comme volume, mais qui égala bientôt une noisette, au niveau de la partie moyenne de la cicatrice. Cette petite nodosité ne donna d'abord lieu à aucun suintement. Elle resta stationnaire jusqu'en 1882. A ce moment, l'ulcération apparut. La malade l'attribue au contact de l'eau chargée de soude dans laquelle son métier de blanchisseuse l'obligeait à tremper ses bras. Le travail ulcératif détruisit la nodosité, puis le pourtour de celle-ci, de façon à former une ulcération de la dimension d'une pièce de un franc. Après des pansements variés, elle entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Ulcération mesurant huit centimètres et demi de longueur sur sept de largeur, siégeant à la partie moyenne de l'avant-bras droit, dont elle occupe la face postérieure, le bord interne et une partie de la face antérieure.

La surface de la tumeur est à la fois mamelonnée et anfractueuse ; l'ulcération qu'elle détermine est profonde d'un centimètre. Les bords sont déchiquetés, indurés, décollés. Sa vascularisation est assez prononcée pour qu'elle saigne au moindre contact. En dehors et en bas, la peau est adhérente et laisse soupçonner l'envahissement du périoste, du cubitus, par l'envahissement épithélial. En pressant les mamelons entre les doigts, on en exprime les bouchons caséeux habituels. La consistance de cette tumeur est notablement dure. Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire. Symptômes fonctionnels à peu près nuls. Les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont libres, ceux de l'articulation du poignet sont plus gênés. Aucune douleur. Etat général satisfaisant. M. Tillaux pratique l'amputation du bras par la méthode circulaire. Guérison complète.

A l'examen microscopique, on voit que la tumeur était un épithélioma lobulé.

Observation V

Epithélioma de la cuisse développé sur cicatrice de brûlure ; dégénérescence des ganglions inguinaux. Généralisation ganglionnaire et viscérale. Mort. (Hôpital Saint-Louis, service de M. Le Dentu)

L... Augustine, âgée de 53 ans, entre le 12 octobre 1896.

Santé toujours parfaite. A l'âge de dix ans, le feu a pris à ses vêtement et la face antérieure du genou, les

faces antérieure et externe de la cuisse gauche ont été brûlées. La guérison a demandé un an ; les mouvements de l'articulation du genou restent libres.

En 1895, la malade vit une ulcération du volume d'une amande, développée en pleine cicatrice, au milieu de la face antérieure de la cuisse ; celle-ci était devenue le siège d'un prurit insolite. L'ulcération s'accrut de haut en bas et fut pansée avec diverses pommades. Extension très rapide, car après trois mois, elle mesurait dix centimètres. Elle refuse de se faire opérer, malgré les conseils qu'on lui donna à la consultation de l'hôpital Laënnec.

A son entrée à l'hôpital, on constate que toute la partie supérieure de la cuisse gauche est occupée par un vaste épithélioma. La tumeur a vingt centimètres de longueur. Surface irrégulière, rouge, inégale, anfractueuse, saignant au moindre contact. Sa consistance est particulièrement dure. Dans l'aine, on constate plusieurs ganglions volumineux, durs, dégénérés. Malgré tout, les symptômes fonctionnels sont peu accusés. La douleur est peu intense. Pas d'hémorragie. Etat général mauvais. Perte de l'appétit et des forces, amaigrissement notable.

Le 27 octobre, ablation de la tumeur et des ganglions par M. Le Dentu. Les suites immédiates de l'opération ne présentent rien de particulier, mais la plaie opératoire ne marchant pas vers la guérison, on y fait des greffes épidermiques. Quelques-unes seulement prennent. L'état général devient de plus en plus mauvais. Affaiblissement graduel de la malade. Elle meurt le 29 mars 1897.

Autopsie. — Dégénérescence épithéliale des ganglions

iliaques externes, pelviens et lombaires, qui forment plusieurs tumeurs volumineuses.

Le foie présente plusieurs noyaux secondaires, dont l'un sur la face convexe, de la grosseur d'une petite orange. Le rein gauche contient deux noyaux cancéreux. Rien dans le rein droit. La rate renferme également plusieurs noyaux. Congestion passive des deux bases des poumons.

Observation VI

Epithélioma cicatriciel de la main, août 1881.
(Hôpital Beaujon, service de M. le professeur Duplay.)

Bernard B..., 44 ans, infirmier. Père mort d'un cancer de l'estomac.

A l'âge de 33 ans, étant forgeron, s'est blessé à la face antérieure de l'avant-bras avec un morceau de fer rouge. La plaie était profonde. La cicatrice actuelle n'offre rien de particulier.

En juillet 1887, entre à l'hôpital pour une petite tumeur d'apparence framboisée apparue sur l'ancienne cicatrice. Elle a une consistance ferme, est vasculaire, saigne assez facilement par un léger frottement. Elle donne lieu au suintement d'un liquide épais et peu abondant roussâtre, qui se concrète en croûtes à la surface. Aucune douleur ni gêne.

Ablation de la tumeur le 27 août 1887 par M. Quenu remplaçant M. le professeur Duplay. Pansement iodoformé. Suites de guérison normales. Le malade paraît guéri.

Observation VII

Epithélioma de la cuisse développé sur une cicatrice de brûlure. Ablation. Récidive. Grattage à la curette. Deuxième récidive, deuxième grattage. Troisième récidive, ablation au thermo-cautère avec extirpation d'un ganglion dégénéré. Quatrième récidive, seconde ablation au thermo-cautère. Guérison incomplète.

(Hôpital Saint-Antoine, service de M. Kirmisson, septembre 1891).

Br... Marie, 22 ans, cuisinière. Antécédents personnels et héréditaires nuls.

A l'âge de 5 ans, le feu a pris aux vêtements de la malade et a causé une brûlure très étendue de la face externe de la cuisse et du côté droit du corps. La plaie qui en est résultée s'est cicatrisée très lentement, principalement dans la région où s'est développée plus tard la tumeur. Le travail de cicatrisation a demandé cinq ans au dire de la malade.

A l'âge de 19 ans, Marie Br... constate au niveau de la cicatrice de la cuisse une petite papule saillante qui, bientôt, s'ulcère et s'étend rapidement en surface, beaucoup moins en profondeur. Aucune douleur. Cependant, l'ulcération persiste et augmente par poussées, et un an après le début, quelques phénomènes douloureux surviennent, avec altération de l'état général. La malade entre à l'hôpital Saint-Antoine le 29 septembre 1891 et est opérée ; on pratique l'ablation de la tumeur.

Le 15 octobre, première récidive. Deuxième opération. Grattage avec la curette tranchante.

Au mois de février 1892, deuxième récidive suivie d'une troisième opération.

Mai 1852. — On constate au milieu du tissu cicatriciel de la région externe de la cuisse droite une plaie granu-

leuse étendue dans le sens de la longueur du membre, depuis le grand trochanter jusqu'au tiers inférieur du fémur. A la partie moyenne de cette ulcération, on remarque une masse du volume du poing, à surface mamelonnée exhalant un liquide ichoreux et fétide. En examinant les ganglions du pli de l'aîne, on remarque à la partie interne et supérieure du triangle de Scarpa, en dedans de la veine fémorale, une tumeur du volume d'un œuf, sans adhérences profondes ni superficielles.

16 mai 1892. — Opération. La tumeur est circonscrite au thermocautère et sa surface d'implantation disséquée en dépassant largement les limites du mal. On lie quelques artérioles. La tumeur est pédiculée. On coupe ce pédicule entre deux ligatures. Drainage et suture de la plaie.

11 septembre. — Amélioration considérable.

Février 1893, sortie de l'hôpital. Cicatrisation incomplète. Séjour à l'hôpital en 1894, la plaie n'étant pas fermée.

En novembre 1895, récidive et, en août 1896, nouvelle ablation au thermocautère. Sortie en janvier 1897. La plaie est grande comme la moitié de la paume de la main.

En mars 1898, la malade est vue dans une santé satisfaisante, quoique la plaie ne soit pas encore bien fermée. Sa surface est lisse, peu vasculaire, atonique, non bourgeonnante. La suppuration est minime. Les téguments voisins sont anémiés. Douleur nulle, aucune gêne dans la marche. En somme, état général satisfaisant.

Observation VIII

Epithelioma de la cuisse développé sur une cicatrice de brûlure. Ablation de ganglions inguinaux dégénérés. Guérison.
(Cas de M. Kirmisson, 1883)

Perrot Auguste, menuisier, 34 ans. Cet homme s'est fait une vaste brûlure avec de l'alcool enflammé, au membre inférieur gauche, à l'âge de douze ans. La plaie n'était cicatrisée complètement qu'au bout d'un an seulement.

Actuellement, il existe une cicatrice étendue, qui occupe la face antérieure et externe de la cuisse gauche, sa partie inférieure et enveloppe toute la région du genou. Dans le creux poplité, il existe des brides cicatricielles qui s'opposent à l'extension complète de la jambe.

A la partie postérieure et externe de cette cicatrice, à peu de distance au-dessus de genou, est développé un épithélioma de forme papillaire, dont le début remonte à environ six mois. La plaque d'épithélioma occupe aujourd'hui une surface de quinze centimètres de long sur dix de large.

La tumeur est survenue consécutivement à une déchirure de la cicatrice par un clou. La peau est mobile sur les parties profondes. Dans l'aine existent quelques petits ganglions mobiles. La santé générale du malade est très bonne. Rien à noter dans l'hérédité. Aucune maladie antérieure. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Perrot a huit enfants, tous bien portants.

2 mai 1883. — Ablation de la tumeur pratiquée avec le thermocautère, à un centimètre en dehors de ses limites. Pas de sang perdu pendant l'opération. La palpa-

tion ayant dénoté la présence de quelques ganglions dans l'aine, on va à leur recherche ; quatre sont enlevés, dont un volumineux suspect, dont malheureusement l'examen histologique n'a pu être fait.

Pansement phéniqué.

8 mai. — Suppuration abondante. Même pansement.

Juin. — La plaie diminue, quoique la suppuration soit très abondante et la cicatrisation lente.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, et au mois de septembre 1887, le malade a été vu. La guérison se maintenait complète.

Observation IX

Cette observation est prise dans les Cliniques chirurgicales de Pean. Epithélioma développé sur cicatrice de brûlure. Ablation, juillet 1883.

Genin, 52 ans. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle. Il y a vingt ans, brûlure de la région temporale. Cicatrice gaufrée, présentant une bride blanchâtre, allant de la région temporale à la racine des cheveux. Apparition l'année dernière, à sa partie inférieure, d'un petit bouton que le malade a irrité par des pommades et le grattage ; une ulcération lui a succédé, d'une largeur d'une pièce de 50 centimes, à bords durs, à fond rouge, saignant, présentant une marche extensive.

Opération : ablation large sans réunion.

La malade n'a pas été revue.

Observation X

(Epithélioma sur cicatrice de brûlure)

Perrin Alexandrine, 54 ans, concierge, entre à l'hôpital en 1890, salle Denonvilliers.

Rien dans l'hérédité. A l'âge de quatre ans, a été

brûlée au front. La plaie a suppuré et a laissé une cicatrice en ce point.

Depuis quatre ans, la malade voyait de petites croûtes se former au niveau de la cicatrice. Elle les enlevait par le grattage, et bientôt une ulcération leur a succédé, qui s'est agrandie peu à peu. Le fond bourgeonnait et dépassait les bords. A la suite d'un coup, le mal a fait des progrès plus rapides, surtout depuis trois mois.

Etat actuel. — Ulcération bourgeonnante de l'étendue d'une pièce de cinq francs, siégeant au milieu du front, près de la racine des cheveux.

Bords rouges, un peu indurés. A droite, on aperçoit ce qui reste de la cicatrice.

La tumeur, peu mobile, paraît adhérer au périoste. Pas de ganglions. Etat général excellent.

Opération. — On circonscrit la tumeur par une incision au bistouri. Le périoste est enlevé au moyen de la rugine. Pansement iodoformé.

La plaie bourgeonne bien. Pansement humide à cause d'un érythème iodoformé.

Cicatrisation, et la malade quitte l'hôpital au bout d'un mois.

Examen microscopique de la tumeur. — Epithélioma pavimenteux lobulé.

Toutes ces observations sont assez concordantes. Nous en rapprocherons les cas de Hawkins, Dupuytren, Macphérson, Boyer, Wernher, Follin, Robert Smith, Pedraglia, Velpeau, Broca, Clément, Hulke, Dubuclet, Marcuse, Heurteaux, Crouzet, Bœgehold, Lawson, Durand, à qui nous avons emprunté quelques observations, Verdelet et Feldmann, que nous avons signalés dans la première partie de notre thèse, mais qu'il nous est naturellement impossible de reproduire in-extenso.

CONCLUSIONS

I. Les cicatrices de brûlures sont trop souvent le siège des cancroïdes, pour qu'il y ait simplement un effet du hasard. Cette dégénérescence épithéliale est, en effet, très fréquente.

II. Elle survient habituellement sur des cicatrices anciennes.

III. On l'observe plus rarement sur des cicatrices jeunes ou dont la formation est à peine complète. Dans ce cas, le processus de réparation, retardé ou interrompu, n'a pas suivi sa marche régulière et normale.

IV. Parmi les cicatrices de brûlures, ce sont les plus graves dont les tissus ont fourni une longue suppuration, ou celles irrégulières, difformes, vicieuses, qui sont le plus souvent exposées au cancroïde.

V. Le développement de la tumeur paraît déterminé par une cause irritative quelconque extérieure agissant localement ou par une lésion quelconque de la cicatrice qui produisent son ulcération.

VI. Dans les cas très rares où ces causes font défaut, nous supposons que le néoplasme apparaît comme une manifestation spontanée de la tendance qu'a le tissu cicatriciel de brûlure de subir la dégénérescence épithéliale. Cette tendance reconnaît pour cause et origine l'imperfection anatomique de son revêtement épidermique.

VII. Les symptômes fonctionnels sont peu accusés. La marche du mal est lente, mais progressive.

VIII. Les ganglions lymphatiques demeurent le plus souvent intacts.

IX. Le pronostic est sérieux. Les récidives sont à craindre, de même que les généralisations viscérales (obs. V).

X. Le traitement prophylactique est capital. Il doit viser à empêcher les suppurations prolongées et les tiraillements et irritations chroniques des cicatrices difformes. On doit donc traiter les brûlures avec une asepsie parfaite et sans négligence. Les greffes et l'autoplastie viendront compléter ce traitement des brûlures. Par lui, on arrivera, en supprimant les causes, à empêcher la dégénérescence épithéliale des cicatrices de brûlure.

XI. Une fois constitué, l'épithélioma est justiciable de l'ablation large avec adjonction *ad libitum* des rayons X ou de la fulguration.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 5 janvier 1910.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 5 janvier 1910.
Le Doyen,
MAIRET

BIBLIOGRAPHIE

Bard. — Lyon Médical, 1877.

Billroth. — Pathologie chirurgicale générale.

Blum et Mathias Duval. — Archives générales de médecine, 1883.

Bouchard. — Pathologie générale.

Bouche. — De l'épithélioma du dos de la main. Th. Paris, 1906.

Boegehold. — Ueber die Endwickelung von malignen tumoren aus Narben (Virchow's Arch., 1882).

Bousquet. — Société de chirurgie, 1887.

Broca. — Traité des tumeurs.

Bryant. — The Lancet, 1882-1884.

Clément. — Le cancroïde des cicatrices. Thèse Strasbourg, 1868.

Cornil. — Journal de l'Anatomie.

Coyne. — Anatomie pathologique.

Crouzet. — Etude des cicatrices. Th. Paris, 1869.

Devergie. — Traité des maladies cutanées.

Dubuclet. — Epithélioma du pied. Th. Paris, 1874.

Dupuytren. — Leçons orales de clinique chirurgicale.

Durant. — Le cancroïde des cicatrices. Th. Paris, 1883.

Faure. — Maladies chirurgicales de la peau (in Le Dentu, Delbet).

Feldmann. — Thèse de Würzbourg, 1903.

Ferrer. — Etiologie clinique de l'épithélioma cutané. Th. Bordeaux, 1907.

Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe.

Forgue. — Montpellier Médical, 1895.

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeut. chirurgicale.

Gaucher. — Maladies de la peau.

Hawkins. — An warty tumors in cicatrices. London med., 1833.

Heurteaux. — Du cancroïde. Th. Paris, 1860.

Jauzion. — L'épithélioma des cicatrices. Th. Paris, 1876.

Kirmisson. — Gazette des hôpitaux, 1883.

Le Clerc. — Contusion et néoplasme. Th. Paris, 1883.

Le Dentu. — Gazette des hôpitaux, 1896.

Lebert. — Traité des maladies cancéreuses.

Legrand. — Une esquisse du conflit entre la cellule et le milieu. Th. Paris, 1902.

Ménétrier. — Le cancer (in Brouardel et Gilbert).

Macpherson. — London med., 1844.

Marcuse. — Deutsche Zeitschrift für chirurg., 1877.

Pean. — Cliniques chirurgicales.

Pedraglia. — Vier Falle von Epithelialkrebs auf alten Narben. Th. inaug. de Giessen, 1853.

Reclus. — Gazette des hôpitaux, 1887.

Terrier. — Pathologie chirurgicale.

Verneuil. — Observations pour servir à l'histoire des tumeurs.

— Gazette des hôpitaux, 1886.

Verdelet. — Journal de médecine de Bordeaux, 1899.

Virchow. — Pathologie des tumeurs.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !